

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1936

THÈSE

N° 850

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Roger RICOUX**

Né le 14 Septembre 1908, à BEAULIEU-SUR-MER (Alpes-Maritimes)

---

NOTIONS ACTUELLES  
SUR LA CELLULITE  
ET SON TRAITEMENT

---

*Président : M. BEZANÇON, professeur*

---

PARIS  
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS  
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—  
1936



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1935

THÈSE

N° \_\_\_\_\_

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

**Roger RICOUX**

Né le 14 Septembre 1908, à BEAULIEU-SUR-MER (Alpes-Maritimes)

---

NOTIONS ACTUELLES  
SUR LA CELLULITE  
ET SON TRAITEMENT

---

*Président : M. BEZANÇON, professeur*

---

PARIS  
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS  
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—  
1936

## Professeur

## MM

|                                                                     |                |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE       |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET     |
| Physique médicale .....                                             | STROHL         |
| Chimie médicale .....                                               | DESGREZ        |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRI   |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | FRUMPT         |
| Pathologie médicale et générale .....                               | BAUDOUIN       |
| Pathologie médicale .....                                           | ABRAMI         |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | (HEVASSU       |
| Anatomie pathologique .....                                         | ROSSY          |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY         |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TUJINEAU       |
| Thérapeutique .....                                                 | HARVIER        |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON          |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARL     |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL        |
|                                                                     | LAVASTINE      |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER     |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | Maur. VILLARET |
|                                                                     | LOEPER         |
| Clinique médicale .....                                             | CARNOT         |
|                                                                     | CLERC          |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | Marcel LABBE   |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | LEREBoullet    |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | NOBECOURT      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | H. CLAUDE      |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GOUGEROT       |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | GUILLAIN       |
|                                                                     | LEMIERRE       |
| Clinique chirurgicale .....                                         | CUNEO          |
|                                                                     | GOSSET         |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | GRÉGOIRE       |
| Clinique urologique .....                                           | LENORMANT      |
|                                                                     | TERRIEN        |
| Clinique d'accouchements .....                                      | MARION         |
|                                                                     | BRINDEAU       |
| Clinique gynécologique .....                                        | COUVELAIRE     |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | JEANNIN        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | MOCQUOT        |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | OMBREDANNE     |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | RATHERY        |
| Clinique propédeutique .....                                        | LEMAITRE       |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | Pierre DUVAI   |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | SERGENT        |
| Cardiologie clinique .....                                          | BEZANCON       |
|                                                                     | MATHIEU        |
|                                                                     | LAUBRY         |
| Professeurs sans chaire .....                                       | HOVELACQUE     |
|                                                                     | MULON          |
|                                                                     | OLIVIER        |
|                                                                     | VERNE          |

## II. Agrégés en exercice

## MM

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| AMELINE.....             | Pathologie chirurgicale. |
| BARIETY .....            | Pathologie médicale.     |
| BENARD Henri .....       | Pathologie médicale.     |
| BERNARD Et... ..         | Pathologie médicale.     |
| BESANCON (J.) .....      | Hydrologie.              |
| BOULIN .....             | Pathologie médicale.     |
| BULLIARD .....           | Histologie.              |
| CATHALA .....            | Pathologie médicale.     |
| CHEVALLIER ..            | Pathologie médicale.     |
| COSTE .....              | Pathologie médicale.     |
| DOGNON .....             | Physique.                |
| FEY .....                | Urologie.                |
| FUNCK-<br>BRENTANO ..... | Pathologie chirurgicale. |
| GAILLIARD ....           | Parasitologie.           |
| GASTINEL ....            | Bactériologie.           |

## MM

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| DE GAUDART ..... |                         |
| D'ALLAINES ..... | Pathologie chirurgicale |
| DE GENNES...     | Pathologie médicale.    |
| GAYET .....      | Physiologie             |
| GIROUD .....     | Histologie.             |
| HAGUENAU ..      | Pathologie médicale     |
| HALPHEN .....    | Oto-rhino-laryngologie  |
| HAZARD .....     | Pharmacologie.          |
| HUGUENIN ....    | Anatomie pathologique   |
| JOANNON .....    | Hygiène.                |
| LABBE Henri..    | Chimie biologique       |
| LACOMME .....    | Obstétrique.            |
| LANTUEJOL..      | Obstétrique             |
| LAROCHE Guy ..   | Pathologie médicale     |
| LELONG .....     | Pathologie médicale.    |

|                             |                            |
|-----------------------------|----------------------------|
| MM.                         |                            |
| LEMAIRE .....               | Pathologie expérimentale.  |
| LEVEUF .....                | Pathologie chirurgicale.   |
| LEVY (M <sup>me</sup> J) .. | Pharmacologie.             |
| LEVY-VALENSI.               | Neurologie et Psychiatrie. |
| MENEGAUX ..                 | Pathologie chirurgicale.   |
| MOLLARET ...                | Pathologie médicale.       |
| MOREAU .....                | Pathologie médicale.       |
| MOULONGUET.                 | Pathologie chirurgicale.   |
| MOURIN .....                | Pathologie médicale.       |
| OBERLING ....               | Anatomie pathologique.     |
| PETIT-                      |                            |
| DUTAILLIS.                  | Pathologie chirurgicale.   |

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| MM.            |                           |
| PIEDELIEVRE .  | Médecine légale.          |
| PORTES .....   | Obstétrique.              |
| RENARD (L.) .  | Ophtalmologie.            |
| RICHET .....   | Physiologie.              |
| SANNIE .....   | Chimie biologique.        |
| SENEQUE .....  | Pathologie chirurgicale.  |
| TROISIER ..... | Pathologie expérimentale. |
| TURPIN .....   | Pathologie médicale.      |
| VIGNES .....   | Obstétrique.              |
| WILMOTH .....  | Pathologie chirurgicale.  |

### III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| MM.           |                          |
| ALGLAVE ..... | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET ..... | Pharmacologie.           |
| CHAILLEY-     |                          |
| BERT .....    | Physiologie.             |

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| MM.           |                        |
| LEROUX .....  | Anatomie pathologique. |
| NEVEU-        |                        |
| LEMAIRE ..... | Parasitologie.         |
| PHILIBERT ... | Bactériologie.         |

### IV — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| MM.           |                     |
| ALAJOUANINE.  | } Clinique médicale |
| AUBERTIN .... |                     |
| BRULE .....   |                     |
| CHABROL ..... |                     |
| CHIRAY .....  |                     |
| DONZELOT .... |                     |
| DUVOIR .....  |                     |
| LIAN .....    |                     |
| VALLERY-RADOT |                     |
| (Pasteur).    |                     |
| SEZARY .....  |                     |

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| MM.            |                         |
| BASSET .....   | } Clinique chirurgicale |
| BROCQ .....    |                         |
| CADENAT .....  |                         |
| GATELLIER .... |                         |
| HEITZ-BOYER .  |                         |
| MOURE .....    |                         |
| QUENU .....    | } Clinique obstétricale |
| SCHWARTZ ....  |                         |
| VELTER .....   |                         |
| ECALLE .....   |                         |
| GUENIOT .....  |                         |
| LE LORIER .... |                         |
| LEVY-SOLAL ... |                         |
| METZGER .....  |                         |

### V. — Chargés de cours

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| MM.                    |                      |
| CHAILLEY-BERT, agrégé. | Education physique   |
| LEDoux-LEBARD .....    | Radiologie clinique. |
| PHILIBERT, agrégé..... | Stomatologie.        |
| RUPPE .....            | Microbiologie.       |
| WEIL-HALLÉ .....       | Puériculture.        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MON PERE

A MES PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS



A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

*Professeur de Clinique Médicale*  
*Membre de l'Académie de Médecine de Paris*  
*Commandeur de la Légion d'Honneur*

En témoignage de notre profond  
respect et de notre gratitude pour le  
très grand honneur qu'il nous fait en  
acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUY LAROCHE

*Professeur de Clinique Médicale*  
*Médecin des Hôpitaux de Paris*

Eminent clinicien, un des maîtres actuels de l'endocrinologie, qui a bien voulu nous accueillir dans son service et nous ouvrir les portes de la consultation de rhumatologie où nous avons trouvé le sujet de notre thèse.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON PARTURIER

*Professeur à la Faculté libre de Lille*

Dont la grande bienveillance nous  
a permis de faire notre thèse sur un  
sujet qui lui est cher et qu'il a bien  
voulu nous inspirer.

Affectueux témoignage de notre très  
sincère et respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARQUIER

A qui nous devons l'exemple d'un  
excellent praticien.

En remerciement des utiles conseils  
qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

PROFESSEUR LEMIERRE

PROFESSEUR MARION

PROFESSEUR GUILLAIN

PROFESSEUR TERRIEN

PROFESSEUR GREGOIRE

PROFESSEUR CUNEO

PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR CLAUDE

DOCTEUR LESNÉ

DOCTEUR SEZARY

DOCTEUR MILHIT



# NOTIONS ACTUELLES SUR LA CELLULITE ET SON TRAITEMENT

---

## INTRODUCTION

Une leçon du Docteur PARTURIER que nous avons eu l'occasion d'entendre à la consultation de Rhumatologie du service du Professeur GUY-LAROCHE à Tennon, et les nombreux cas de cellulite que nous avons pu y voir, examiner et traiter nous ont incité à choisir cette affection comme sujet de notre thèse inaugurale.

Si l'on en excepte les travaux de WETTERWALD, de PAVIOT, de Léopold LÉVI, de GUY-LAROCHE et ses collaborateurs, la cellulite apparaît comme un sujet presque neuf que beaucoup de médecins et de chirurgiens se refusent encore à admettre.

En 1935, G. PARTURIER publie une observation de cellulite améliorée par l'opothérapie éparathyroïdienne et, en décembre 1936, paraît une « note sur la nature et le traitement de la cellulite », par G. PARTURIER, LARQUIER et RICOUX.

C'est ce que nous allons essayer de développer dans cette thèse avec le souci de n'en rien écarter d'important mais aussi celui de ne pas trop revenir sur des notions déjà banales.



## HISTORIQUE DE LA CELLULITE

Parmi les questions actuellement à l'étude figure la cellulite, et pourtant cette affection est loin d'être une découverte moderne puisque nous retrouvons, plus d'un siècle en arrière, des travaux de nombreux kinésithérapeutes suédois : HELLEDAY, NORSTRÖM, KLEEN, KÆLBERG, JOSEPHSON, VIDERSTRÖM, qui étudiaient déjà et décrivaient sous des appellations diverses — nodules sous-cutanés, myocellulite ou myite, panniculite, etc., — ce qu'ils sentaient sous leurs doigts lors de traitement par le massage de certains états douloureux du tissu cellulaire sous-cutané.

Dès 1811 on peut retrouver en France la trace d'études faites par des médecins sur cette maladie, ils n'y apportent cependant que de simples constatations cliniques; ce ne sera que vers 1893 que STAPFER viendra présenter en France son ouvrage sur les cellulites qu'il décrit d'ailleurs comme un syndrome commun aux maladies de la femme. Mais entre temps et en Allemagne, FRORIEP, ROSENBACK, AUERBACK, décrivent des lésions douloureuses du tissu sous-cutané ainsi que le siège des « nervenpunkte ».

En 1896, c'est en Angleterre qu'une complication des maladies de la femme est décrite par Richard HÆGUER sous les noms de « panniculite adipeuse et de myitis ». Puis, dans ce même pays, citons les noms de STOCKMAN, YAWGER, MAXWELL TELLING, BALFOUR qui laissèrent quelques recherches anatomiques et des descriptions cliniques.

Une année plus tard, STAPFER donne une nouvelle interprétation des « œdèmes cellulitiques » en en faisant une pré-sclérose, tandis que peu de temps après le suédois KRIKORTZ rattache la cellulite à la diathèse arthritique dans sa thèse où il est, en outre, le premier à prononcer le mot de « cellulite », en 1899.

Avec BRALANT, nous arrivons en 1901 où la cellulite est considérée par lui comme une « rouille envahissante ». Et en 1906, STAPFER réapparaît pour donner une origine circulatoire à la cellulite généralisée à forme abdomino-pelvienne. Mais c'est surtout WETTERWALD qui donne à la cellulite l'importance qu'elle mérite, il la place même à l'origine de la plupart des douleurs névralgiques « sine materia », et en fait un symptôme visible et palpable d'une altération du tissu cellulaire sous-cutané et conjonctif ayant pour origine un trouble de nutrition commun aux états arthritiques.

En 1911, une autre thèse est faite à Paris par LUTIKOFF, qui y expose le traitement kinésique par la méthode de Brandt-Stapfer.

DUREY en 1912 décrit les altérations chroniques du tissu cellulaire sous-cutané.

En 1913, HANRIOT fait dans sa thèse un parallèle entre la cellulite et l'arthritisme en mettant en relief le rôle du tissu conjonctif, véritable milieu d'échanges. Et BATHERY fait entrer la cellulite dans sa classification du rhumatisme chronique.

C'est alors que nous arrivons à l'époque où enfin la cellulite entre dans la science médicale, c'est celle de 1917 à 1922 grâce aux travaux d'ALQUIER qui fait prédominer le rôle de l'engorgement lymphatique dans les manifestations cellulitiques.

En 1923, HARTENBERG résume tout ce qui a été fait jusqu'alors sur la cellulite, dans son rapport à la Société de Médecine de Paris.

A partir de ce moment de nombreux travaux paraissent sur la cellulite. Citons ceux de DAUSSET, Léopold LÉVI, FORESTIER, ROSE, GENDRON, GRIÈS, KOUINDJY, JACQUET et DIDSBURY.

PAVIOT, étudiant à Lyon la cellulite, entrevoit déjà avec ses élèves un rapport possible avec les troubles hépato-digestifs. Et CONTAMIN de son côté précise les notions jusqu'alors peu nettes de la cellulite pelvienne.

Puis alors en 1928 à Paris une thèse intéressante est présentée par Mlle HIRSCH qui met en évidence la fréquence de la cellulite au moment de la ménopause.

C'est de 1931 que date l'étude de GUY-LAROCHE; il publie un travail très complet sur la cellulite et son traitement, puis quelques articles complémentaires avec la collaboration de Mlle MEURS.

Une thèse sur la cellulite abdomino-pelvienne est faite en 1932 par STULH et enfin en 1935 une thèse sur

la cellulite cervico-faciale par Mlle Sonia OUMIKOV qui, après avoir récapitulé tout ce qui avait été fait sur le sujet, étudie avec soin les localisations cervico-faciales et en indique la thérapeutique.

Tout ceci nous amène à conclure que s'il existe bien une identité indubitable entre les empâtements douloureux sous-cutanés massés empiriquement par les kinésithérapeutes suédois et les différentes localisations de la cellulite actuellement bien décrites, il n'en manque pas moins une définition précise et c'est sans doute pour avoir négligé de prendre cette précaution que, jusqu'à ces dernières années, les auteurs qui ont écrit sur la cellulite ont été si peu suivis. Le vague de leurs descriptions et de leurs conceptions laissait les lecteurs hésitants sur l'objet et même la réalité de leurs études.

## II

### DEFINITION

Comme le font remarquer MM. PARTURIER et FAUQUE, l'entente ne semblant pas faite sur le diagnostic de la cellulite, il est important avant toute chose d'en bien fixer la définition.

Nous la reconnaitrons par :

- 1° l'augmentation d'épaisseur du tissu sous-cutané,
- 2° l'augmentation de sa consistance,
- 3° l'augmentation de sa sensibilité allant jusqu'à la douleur,
- 4° la diminution de sa mobilité par adhérence à la peau ou aux plans profonds.

Nous dirons donc qu'il y a cellulite lorsque sur un sujet qui se plaint de *malaise* allant de la gêne au contact ou à certains mouvements, jusqu'à une *douleur* insupportable, nous observerons une région plus ou moins soulevée par un *empâtement* qui peut prendre d'ailleurs l'allure d'un simple embonpoint et, surtout, lorsque essayant de pincer les téguments entre deux doigts, au lieu de les sentir se mobiliser et former un pli dont les deux éléments glissent l'un sur l'autre comme il est normal, nous sentons entre nos

deux doigts une *résistance plus ou moins élastique*, parfois consistante jusqu'à rappeler celle du caoutchouc durci, comme si une nappe de substance étrangère épandue sous la peau telle une injection de paraffine, en multipliait l'épaisseur et s'opposait au rapprochement de nos doigts.

Lorsque la cellulite est limitée, elle peut former un *nodule* tel que nos doigts qui palpent le saisissent en entier dans leur intervalle, qu'ils en délimitent le contour plus ou moins irrégulier et qui n'a pas la netteté d'une tumeur enkystée.

En rapprochant nos doigts pour apprécier la consistance de la cellulite, consistance que nous avons suffisamment définie, nous pouvons éveiller une sensibilité qui arrache souvent un cri au malade. Mais le mouvement de nos doigts ne nous apprend pas seulement que la cellulite est sensible, en contractant ou en ployant le nodule ou la nappe cellulitique nous faisons rider la peau à sa surface, celle-ci prend alors l'aspect que l'on a décrit dans l'histoire du cancer adhérent à la peau sous forme de « peau d'orange ». La même manœuvre va nous renseigner sur les adhérences non seulement à la peau mais aux plans profonds.

Tels sont les signes essentiels de la cellulite dégagée de toute considération topographique ; c'est ce que l'on observe par exemple dans une région d'élection de la cellulite, soit dans la région sus-épineuse, soit sur le prolongement du bord extérieur de l'aisselle

au niveau du thorax, soit encore à la face interne de l'extrémité inférieure de la cuisse.

Mais sous l'influence de différentes circonstances, la cellulite peut se présenter sous des formes diverses que nous allons maintenant envisager :

## A. — D'APRES LA TOPOGRAPHIE

### 1° FOSSE SUS-ÉPINEUSE :

Forme nodulaire ou forme en nappe s'étendant vers le haut, descendant quelquefois en avant de la région sus-claviculaire ou vers la ligne médiane où elle rejoint la région cervicale.

### 2° CELLULITE DE LA NUQUE :

Elle a pour effet de gêner les mouvements du cou, être le point de départ de céphalées et de former à la base du cou en arrière ces gros bourrelets facilement visibles sur les gens d'un certain âge.

### 3° CELLULITE DE LA RÉGION MAMMAIRE :

Appellera l'attention du côté du sein dont elle pourra modifier la forme.

### 4° AU NIVEAU DE L'ABDOMEN :

Sous forme de noyaux ou sous forme de grands placards elle rendra tout contact difficile et gênera considérablement la palpation.

5° AU NIVEAU DU GENOU :

Elle siège à sa partie interne et contribuera à déformer la région et à en gêner le fonctionnement.

6° AU NIVEAU DU COU-DE-PIED :

Elle déterminera une augmentation de volume qui descendra quelquefois jusque sur le pied lui-même, pouvant rendre obligatoire un changement de chaussure.

B. — D'APRES LA DOULEUR

1° *Nous avons vu la cellulite de la région précordiale simuler l'angor pectoris :*

Observation de M. D. de P., 45 ans (vu avec le Docteur PARTURIER) rhumatisme chronique du genou droit et de l'épaule droite qui a commencé il y a 5 ans environ : les genoux sont douloureux et présentent des craquements ; par les temps humides le malade est gêné dans sa marche et limité dans son travail, mais ce qui le préoccupe surtout c'est que depuis 7 à 8 mois il éprouve une douleur dans la région précordiale qui le trouble dans son sommeil mais qui commence à le gêner surtout à partir du moment où il est levé et travaille.

Comme l'auscultation du cœur est normale et la tension artérielle 13,5-7 nous attribuons les troubles cardiaques à l'aérogastrie ; malgré un traitement sévère aucune amélioration n'est obtenue de ce côté,

lorsqu'un jour ayant insisté dans notre interrogatoire sur la date d'apparition de la douleur et ayant éliminé la ptose abdominale, nous reconnaissons une cellulite de la région sous-claviculaire gauche, dont l'état douloureux apparaissait au moment où la bretelle exerçait une pression sur cette région.

Crises de douleur précordiale, arthropathie des genoux et de l'épaule droite disparaurent d'ailleurs en même temps sous l'influence du sérum éparathyroïdien.

*2° Celle de la région thoracique simuler le cancer du sein.*

*3° La cellulite de la région abdominale simuler les différents syndromes douloureux de l'abdomen : appendicite, salpingite, la colite, la cholécystite, etc.*

Observation d'un homme de 60 ans (vu avec les Docteurs PARTURIER et LARQUIER), éthylisme ancien, a toujours joui d'une très bonne santé, mais depuis 18 mois environ a perdu l'appétit et a maigri énormément ; par suite de ces troubles digestifs récents il a limité son alimentation : mange beaucoup de légumes verts et de fruits.

A l'examen, ce malade bien charpenté est encore assez bien étoffé, si bien que l'on ne peut guère se rendre compte de l'amaigrissement qu'il accuse que par l'existence d'une ptose abdominale et rénale. L'examen de son abdomen est d'ailleurs difficile à cause d'une sensibilité généralisée, sensibilité qui est surtout marquée au fur et à mesure que la palpation

monte des fosses iliaques à l'ombilic. A ce niveau les doigts qui palpent buttent contre un véritable plastron occupant toute la région épigastrique, tellement sensible que nous n'osons pas continuer l'examen.

Nous émettons l'hypothèse d'une lésion gastrique possible dont la nature pourrait être expliquée par la teinte jaune paille des téguments, l'amaigrissement et l'anorexie qui semble bien être élective pour la viande puisque le malade nous dit ne plus s'alimenter que de légumes et de fruits.

Un examen radiologique montre des images parfaitement nettes et une évacuation normale.

Forts de ces documents nous insistons dans un examen plus énergique et reconnaissons alors l'existence d'une grosse nappe cellulitique occupant tout l'épigastre et se terminant sur une ligne horizontale onduleuse à peu près à la hauteur de l'ombilic. La teinte jaune paille peut être expliquée par des phénomènes de caroténémie due à l'alimentation ; l'amaigrissement à l'anorexie due à un début de cirrhose éthylique.

En tout cas, il ne s'agit ni de périgastrite, ni de péritonite plastique, ni de plastron péritonitique.

*4° Celle de la région lombaire rappeler les douleurs d'une colique néphrétique atténuée ou d'une spondylite.*

Observation de M. Ba..., 54 ans : homme actif, bon écuyer, d'habitude très bien portant, qui se plaint de souffrir dans les genoux et dans les régions lombai-

res. Quelque temps auparavant, en montant un cheval difficile, il s'est donné, dit-il, « un tour de rein ».

A l'examen, aspect robuste, faciès coloré, présente un foie assez gros avec un peu de cellulite péri-ombilicale. Au niveau des articulations les genoux ne sont pas déformés mais craquent. La radio de la colonne lombaire ne montre rien d'anormal, la palpation de la région sus-hépatique n'est pas sensible mais dans la recherche du ballottement rénal on détermine une douleur. Un examen plus précis montre que cette douleur est provoquée par la pression sur une région cellulitique qui s'étend à peu près exactement des dernières côtes à la région sacro-iliaque.

Guérison par le sérum éparathyroïdien.

5° *La cellulite de la face interne des genoux et des parties inférieures de la jambe rappeler des douleurs articulaires correspondantes.* (Nombreuses observations.)

6° *Enfin les douleurs de la cellulite des régions sus-claviculaires et sus-épineuses simuler celles de la tuberculose pulmonaire au début :*

Observation de Mlle L..., 54 ans (vue avec docteurs PARTURIER et LARQUIER) : ménopause à 47 ans, soignée pour ptose abdominale, arthrite des genoux et des cous-de-pied avec craquement. Vue en juillet 1934, a perdu 5 kilos depuis le mois de mars précédent ; à ce moment elle avait une forte grippe avec bronchite, elle dit tousser encore à chaque refroidissement

mais surtout elle se plaint d'une douleur à la partie supérieure du thorax.

L'examen révèle une dissonance des sommets pulmonaires, le droit sonne mieux que le gauche ; l'auscultation précise une diminution nette du murmure vésiculaire de ce côté ; la palpation de la région est très douloureuse, on y note les signes typiques de la cellulite. Un examen radiologique est fait par le docteur BERTHOMIER, de Vichy, qui nous montre la parfaite intégrité des poumons.

Guérison des arthrites et de la cellulite par le sérum.

### III

## ETIOLOGIE

L'étiologie de la cellulite est encore assez confuse si l'on s'en rapporte à la littérature : HARTENBERG, en 1923, dans son rapport à la Société de Médecine de Paris, en donnant une explication des cellulites cervico-faciales, démontre le rôle important que jouent les inflammations chroniques du rhino-pharynx ou même de simples foyers dentaires ; et, en effet, les auteurs actuels tel GUY-LAROCHE, insistent sur la fréquence de foyers infectieux à point de départ intestinal et en particulier de l'entérocolite acide avec fermentation.

Puis ACHARD et ses élèves émettent l'hypothèse que la production de liquide de stase dans les tissus interstitiels serait le fait des microbes eux-mêmes et de leurs toxines affluant dans des régions déterminées ; de même un trouble physico-chimique pourrait exister dans la constitution des exsudats. Donc, le point de départ étant microbien, la cellulite se manifesterait grâce à cette stase circulaire et à l'accumulation de protéines dans les liquides interstitiels.

Quant à ALQUIER, la cellulite serait pour lui une

lymphangite non inflammatoire, les voies lymphatiques se laissant finalement obstruer par l'infiltration cellulitique.

Mlle HIRSCH, dans sa thèse, en décrivant l'éclosion de la cellulite au moment de la ménopause, insiste sur l'importance du déséquilibre neuro-glandulaire qui aurait pour conséquence un certain déséquilibre humoral.

En ce qui nous concerne et sur 68 cas suivis et traités de cellulite, trois circonstances nous paraissent devoir être incriminées :

1° *Une dysfonction glandulaire ;*

2° *Les états infectieux ;*

3° *Certaines circonstances favorisantes.*

Bien que nous hésitions à employer des termes aussi vagues que « arthritisme » nous sommes pourtant conduits à le nommer à cause de sa commodité, et nous commencerons même l'énumération des circonstances favorisantes de la cellulite par l'arthritisme.

En effet sur 68 malades atteints de rhumatisme ou de cellulite, nous avons trouvé :

11 cas de cellulite sans rhumatisme (2 hommes).

16 cas de rhumatisme sans cellulite (dont 4 hommes).

41 cas de cellulite et de rhumatisme combinés (dont 5 hommes).

Nous en donnerons d'ailleurs de nombreux exemples quand nous en viendrons au chapitre du traitement.

Nul doute que les foyers infectieux reconnus ou dissimulés : angines chroniques, rhinites postérieures, pyorrhées alvéolo-dentaire, salpingites chroniques, appendicites chroniques, cholécystites, ne jouent un rôle favorisant. Nous serions même tenter d'insister spécialement sur les cholécystites et ceci nous amène à envisager l'influence particulière du foie ; beaucoup de nos malades, sinon la majorité sont des hépatiques, mais il faut tenir compte du caractère particulier des malades qu'il nous est donné de voir à nos consultations et qui sont surtout des hépto-biliaires.

Nous avons cependant l'impression que le foie est susceptible de jouer un rôle particulier, d'une part à cause de la recrudescence de la cellulite au moment des crises de dysfonction hépto-biliaire, et, d'autre part, de l'atténuation ou tout au moins de l'arrêt dans l'évolution de la cellulite par une amélioration de l'état du foie.

Ceci nous amène à l'étude des dysfonctions glandulaires ; les exemples comme la maladie de Dercum, comme le syndrome de Frœlich, et d'autre part le myxœdème, montrent l'importance des glandes à sécrétions internes dans le trophisme du tissu cellulaire.

En ce qui concerne la cellulite telle que nous l'avons définie, nous citerons trois systèmes glandulaires :

Les gonades.

La thyroïde

Les parathyroïdes.

Que les gonades soient troublées chez les cellulitiques, nul ne saura en douter (poussée possible au moment des règles); mais nous savons de par les interrelations glandulaires le retentissement de l'état physique et pathologique des ovaires sur l'hypophyse antérieure, etc..., de même pour l'exemple que nous citons tout à l'heure du myxoédème, le retentissement de la thyroïde sur le tissu cellulaire est évident.

Nous devons dire que c'est aux parathyroïdes que nous serions tentés d'attribuer l'influence la plus grande (1).

Parathyroïdes dont la physiologie a pu être jusqu'à présent confondue avec celle de la thyroïde; il ne nous est pas arrivé d'influencer nettement une cellulite par l'opothérapie ovarienne, testiculaire ou même thyroïdienne, et, dans deux circonstances bien observées, l'hématoéthyroïdine n'a pas empêché sous nos yeux l'évolution progressive de la cellulite (Mlle Camille Ro...) et, d'autre part, l'extrait total thyroïde + parathyroïde a pu donner parfois des résultats que nous pensons attribuer surtout aux parathyroïdes.

Nous ne parlerons évidemment pas de l'opothérapie pancréatique, surrénale, ces glandes ne nous paraissant pas en cause et leur opothérapie, que nous employons couramment, n'ayant jamais influencé la cellulite de nos malades.

(1) Syndrome hépto-parathyroïdien, in Syndrome hépto-thyroïdien. G. PARTURIER, Vigot, 1935.

Par contre, la fréquence de l'association du rhumatisme et de la cellulite, l'identité d'origine du squelette et du tissu cellulaire et surtout les résultats thérapeutiques, nous amènent à donner aux parathyroïdes un rôle de premier plan. Nous voyons en effet des médications semblables obtenir sur les articulations atteintes d'arthrose et de cellulite, d'identiques effets :

1° RÉVEIL OU EXALTATION DES ARTHROPATHIES ET DE LA CELLULITE PAR L'HORMONE PARATHYROÏDIENNE, LA PARATYRONE :

*Observation de Mlle C..., 24 ans.*

Paratyroné contre un état constitué par : constipation, migraine, syndrome douloureux sus-hépatique. Le résultat est excellent : transformation de cette jeune fille qui peut reprendre sans arrêt son travail, mais adipose de 59 kgs à 63 kgs 600 et l'on constate, en septembre 1935, un an après le début du traitement, une cellulite énorme et très douloureuse, surtout à la nuque et aux cuisses.

*Observation de Mlle La R...*

Paratyroné contre douleurs spasmodiques post-opératoires ; cure de février à octobre 1935.

En novembre 1935, poussées simultanées de rhumatisme et de cellulite.

*Observation de Mme B...*

Rhumatisme et cellulite accentués par paratyroné.

*Observation de Mlle R..., 50 ans.*

Souffre du foie depuis la guerre ; opérée en 1934 pour adhérences, douleurs aussitôt après l'opération. Pour éviter la morphine et l'opium nous prescrivons paratyrone qui calme parfaitement les douleurs et les spasmes. En mai 1935, la malade se plaint de douleurs articulaires et d'avoir le corps enserré dans une gaine douloureuse qui l'empêche de mettre son corset : cellulite de tout le dos, des flancs, de l'abdomen, des cuisses, etc...

*M. S..., 42 ans.*

En août 1935, cure de paratyrone contre crampes douloureuses des membres inférieurs (sacralisation de L. 5) ; cure répétée 4 fois. En août 1936, les douleurs et les spasmes n'existent plus, mais cellulite.

*Mme G..., 50 ans.*

Ménopause à 45 ans, quelques troubles digestifs, ptose abdominale et surtout mélancolie.

En août 1935, traitement par la paratyrone : amélioration de l'état psychique et de la constipation, mais, depuis trois mois, lourdeur et sensibilité des membres inférieurs ; on constate une cellulite importante des membres inférieurs, de la région dorsale et sus-épineuse.

2° ACCALMIE ET MÊME GUÉRISON DES ARTHROPATHIES ET DE LA CELLULITE PAR UN SÉRUM ÉPARATHYROÏDIEN :

*Mme S..., 55 ans, 3 enfants, pas de fausses couches.*  
Ménopause à 51 ans avec apparition de rhumatis-

me et tendance à l'obésité avec sensibilité des téguments.

En septembre 1935, elle présente avec un subictère léger, un foie un peu gros et surtout, d'une part, douleur, raideur et craquements des articulations, spécialement des genoux et des cous de pied, d'autre part, une cellulite diffuse prédominante dans la région cervico-dorsale, sus-épineuse et face interne des genoux.

La malade fait entre le 15 septembre et la fin d'octobre trois cures de sérum de chacune 5 jours. L'amélioration déjà nette de la première cure s'accuse, non seulement d'une série de sérum à l'autre, mais encore de mois en mois à partir de novembre jusqu'en juin.

Cette amélioration a été progressive malgré les brouillards humides, générateurs habituels de rhumatismes. Quelques douleurs, très vagues d'ailleurs, se reproduisant aux pieds surtout à l'occasion de la station debout ou à la suite d'une position assise trop prolongée sur un siège trop peu confortable.

Examinée le 26 août 1936, la malade est transformée sur l'année précédente ; elle est plus svelte, les mouvements sont plus libres. Il persiste un peu de sensibilité de la région tibio-tarsienne et des genoux qui craquent encore.

Deux nouvelles cures de sérum amènent la parfaite indolence et la presque totale disparition des craquements. Quant à la cellulite elle était réduite à quel-

ques nodules disséminés dans la fosse sus-épineuse et à la face interne des genoux. Ces nodules deviennent indolents et s'assouplissent dès le 3<sup>e</sup> jour de la cure.

## IV

### PATHOGENIE

Ces effets, si nous pouvons en tirer toutes les déductions logiques, nous simplifient beaucoup notre conception de la *pathogénie* de la cellulite :

Stase circulatoire ? Peut-être, nous savons qu'une dysfonction thyroïdienne peut entraîner des spasmes, mais ce qui entraîne des spasmes c'est la suppression de la fonction parathyroïdienne et la médication suppléante que représente l'administration d'hormone devrait apporter un élément de guérison, or, nous l'avons vu, l'hormone parathyroïdienne aggrave la cellulite si elle ne la crée pas.

Stase lymphatique ? Peut-être aussi, bien que nous n'ayons pas personnellement d'arguments à apporter ni dans un sens ni dans l'autre. Mais ce que nous pouvons dire et souligner, c'est le trouble trophique considérable que représente la cellulite : d'une part, accumulation de graisse, qui n'indique pas précisément un excès de vitalité et d'autre part, sclérose des éléments conjonctifs et élastiques, et on serait tenté de rapprocher ce bouleversement du tissu cellulaire sous-cutané (d'une part, ces éléments sclérosés et d'autre part ces éléments dégénérés, ramolis, infil-

trés de graisse), avec le bouleversement du système osseux de la maladie de Recklinghausen par exemple. Ces deux états obéiraient aux mêmes dysfonctions glandulaires ; dans la cellulite comme dans la maladie de Recklinghausen, il s'agit d'une hyperfonction parathyroïdienne, hyperfonction que renforce l'opothérapie hormonale et que neutralise l'administration d'un sérum éparathyroïdien. (G. PARTURIER, LARQUIER et RICOUX).

## V

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous trouvons assez peu de documents dans la littérature et cela peut s'expliquer par le caractère relativement bénin de la cellulite qui reste une affection essentiellement douloureuse, gênante, jamais mortelle par elle-même.

C'est en 1898 qu'apparaissent les premières études histologiques de la cellulite ; sur des pièces anatomiques pelviennes, GEOFFROY SAINT-HILAIRE en suit l'évolution : dilatation vasculaire, accélération, puis ralentissement du flux sanguin, margination des leucocytes, diapédèse, exsudation et enfin formation de l'œdème fibro-élastique.

De DERCUM, nous avons un document nécropsique de l'adipose douloureuse, passant par les stades successifs d'œdème, d'adipose et d'adipo-sclérose.

STAPPER pensait à une dilatation des veines avec épaissement du conjonctif autour des filets nerveux, entraînant par la suite la formation d'œdème.

STOCKMANN en 1904, laisse des constatations intéressantes sur des biopsies d' « indurations rhumatismales chroniques » et douloureuses des plans mus-

culaires : les coupes montraient un tissu fibreux blanc, engainant un muscle en partie dégénéré.

PAVIOT et LAGÈZE en 1929 étudient aussi la lésion cellulitique sur biopsie, ce qui leur montre l'organisation progressive d'un infiltrat jeune et mou en tissu fibreux.

En 1931, TRÉMOLIÈRES, A. TARDIET et MERKLEN démontrent l'identité de la cellulite avec la maladie de Dercum.

En 1934 et sous l'appellation de *sclérodermie pigmentaire périarticulaire*, M. STERNBERG, de Vienne, décrit le tissu conjonctif périarticulaire qui subit, dans la cellulite, une sorte de transformation ligneuse et très douloureuse, sans aucun gonflement de l'articulation. En même temps que la peau se pigmente plus ou moins intensément d'une teinte brunnâtre.

En février 1936, un Roumain E. C. CRACIUM arrive à obtenir chez des mammifères une réaction pure des lipocytes considérés comme éléments parenchymateux du tissu cellulaire sous-cutané. Les lipocytes se dégagent de leurs enclaves et reviennent à l'état de cellule mésenchymateuse étoilée et réticulaire avec évolution finale en lipophage ou fibrocyte, par simple métaplasie de la cellule adipeuse. Le stade réticulaire en paraît donc intéressant.

MM. J. DELARUE et D. WEIL précisent d'autre part, les divers aspects des nodules sous-cutanés et, enfin, en mars 1936, MM. Pr. MERKLEN, R. WAITZ et J. WARTER nous donnent une étude anatomo-pathologique

des nodules sous-cutanés chez les rhumatisants chroniques : aspect général du tissu adipeux bien délimité par des bandes de tissu conjonctif qui envoient des prolongements à l'intérieur de la petite tumeur. Ce tissu subit par endroit des transformations. Il devient éosinophile ; le collagène ne prend plus le safran ; le protoplasme devient rose pâle spumeux, puis vacuolaire. En d'autres endroits on note des bandes conjonctives très denses avec des noyaux serrés les uns contre les autres. En certains points on voit très bien le dépôt de lipoïdes qui se fait à l'intérieur du tissu conjonctif qui devient très vacuolaire. Des petits filaments nerveux sont englobés dans du tissu conjonctif. Les vésicules adipeuses sont assez régulières. Pas d'inflammation aiguë ; quelques polynucléaires, quelques lymphocytes. Le tout à l'aspect d'un lipome.

D'autre part G. PARTURIER, envisageant la structure anatomique, surtout du point de vue clinique, insiste sur l'importance du tissu graisseux dans la constitution de la cellulite : « les lobules de graisse sont enserrés dans des loges fibreuses où se confondent les éléments conjonctifs et élastiques du tissu cellulaire sous-cutané. Les bandes scléreuses se prolongent hors de la plaque de cellulite, comme les bourgeons néoplasiques hors du cancer, et contribuent à donner à la lésion cellulitique (nodule ou plaque) un contour diffus. Ces bandes scléreuses en descendant vers les plans profonds s'y fixent plus ou moins étroitement. Ou bien elles montent vers la

peau et s'y accrochent en des points espacés, conditions du signe de la peau d'orange que la cellulite partage aussi avec le cancer ».

Nous avons vu déjà que c'est au niveau du sein que ces caractères sont les plus troublants du point de vue diagnostic et que seules l'absence de ganglions et la biopsie tranchent la question dans bien des cas.

## VI

### DIAGNOSTIC

La palpation directe avec pression sur les plans profonds et mobilisation est un moyen insuffisant ; on peut appliquer à la cellulite, mais en le renversant, notre raisonnement, classique en ce qui concerne la glande mammaire : une modification de cette glande s'apprécie non par le pincement latéral qui fait percevoir le granité normal de la glande, mais par la pression directe qui révèle l'existence de néoformations pathologiques. En ce qui concerne la cellulite, c'est surtout le pincement latéral qui en révèle l'existence.

A) La difficulté du diagnostic de la cellulite résultait de l'incertitude de la définition, mais à partir du moment où nous adoptons la nôtre, elle se sépare nettement :

1° de l'*œdème banal*, reconnaissable à son godet ;  
2° de l'*œdème inflammatoire* (phlébite), moins élastique, plus homogène.

3° de l'*adipose simple*, qui a pour caractères :

a) d'être souple,

- b) non adhérente,
- c) de ne pas être douloureuse.

4° du *lipôme*, qui en imposerait pour un nodule, il se reconnaît :

- a) à la netteté de ses contours,
- b) la fluidité de sa consistance,
- c) à son indolence.

5° du *ganglion lymphatique* (netteté de ses contours, forme, situation, indolence), qui peut en cas d'adéno-pathie prendre des caractères voisins de la cellulite.

6° des *scléroses inflammatoires*, un nodule de cellulite peut rappeler un nodule inflammatoire tel qu'un reliquat d'anthrax.

7° du *sclérème*, celui-ci n'intéresse que la peau, mais il faut reconnaître que parfois les lésions se combinent. LERICHE et ses collaborateurs d'une part, G. PARTURIER et PAGET d'autre part ont pu réactiver expérimentalement le *sclérème* comme exaspérer la cellulite par des injections de paratyrone.

8° de l'*œdème tropho-névrotique*, qui est généralement indolent. Mais si la maladie de Dercum a des caractères nettement accusés de même que le myx-œdème, l'infiltration des téguments que l'on voit dans les cas d'insuffisance ovarienne, avec cyanose et refroidissement des extrémités, si elle est douloureuse, nous achemine bien vers la cellulite.

## B) DIAGNOSTIC D'APRÈS LA TOPOGRAPHIE

1° Nous avons vu qu'un nodule de cellulite peut

rappeler celui d'un reliquat inflammatoire tel, par exemple, d'un anthrax, mais ce qui est le plus troublant au point de vue diagnostique, c'est :

2° Que dans certains cas un nodule consistant à contours irréguliers, adhérent à la peau, qui, sous la pression de nos doigts, se fronce à son niveau en peau d'orange, peut bien faire penser à un nodule cancéreux, mais le cancer à l'état nodule est indolent, tandis que la cellulite est douloureuse et ne s'accompagne jamais d'adénopathie.

C'est au niveau du sein que ces caractères deviennent les plus nets et, par conséquent, là aussi encore plus qu'ailleurs, que notre méthode d'examen doit être bien appliquée; c'est pourquoi nous nous permettons d'insister sur la nécessité, en cas de cellulite, de ne pas utiliser la palpation directe par pression perpendiculaire à la peau qui ne serait guère instructive, mais la *palpation indirecte par pincement des téguments* qui pourra seule nous fournir le maximum de renseignements.

### C) DIAGNOSTICS RÉGIONAUX

Comme nous l'avons vu déjà, au *creux sus-claviculaire*, où elle est moins fréquente qu'à la *région sus-épineuse* ou à la *nuque*, la cellulite peut à première vue, rappeler la hernie d'un sommet pulmonaire.

*Epigastrique*, elle nous a fait parfois hésiter, tellement elle peut simuler le plastron d'une péritonite périgastrique ou péri-vésiculaire.

Par sa douleur, la forme thoracique supérieure

nous a orientés plus d'une fois sur une *tuberculose pulmonaire* qu'infirmait la radio et l'évolution.

Nous avons plusieurs observations où la cellulite sous-claviculaire gauche rappelait les *syndromes péri-cardiques ou angineux* (le pincement des téguments à la hauteur du 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> espace intercostal gauche déterminait une douleur précordiale et thoracique avec irradiation dans le bras gauche) et la forme lombaire nous faire penser à une *pyélonéphrite chronique* ou *une lithiase rénale*.

La cellulite hyperdouloureuse abdominale peut simuler les différents *syndromes viscéraux*, à tel point que nous ne palpons jamais un abdomen sans nous être assurés qu'une cellulite de la paroi ne va pas fausser la palpation des organes profonds.

De même au niveau des *articulations* il ne faut pas attribuer à la jointure les douleurs et les déformations superficielles de la cellulite.

A la face, la cellulite quand nous n'étions pas encore bien familiarisés avec elle a pu nous faire penser à un *érysipèle du front* à forme torpide ou à *l'œdème péri-orbitaire de Quincke*.

Enfin un des cas les plus curieux est celui de Mme B..., 49 ans, vue avec les docteurs PARTURIER et LARQUIER : deux enfants, une fausse-couche — ménopause en évolution depuis six mois — se plaint de *céphalées* qui vont en s'intensifiant depuis trois ans, et de bouffées de chaleur, et en outre, de douleurs articulaires dans les membres, dans l'abdomen et au niveau du

cou. Un médecin récemment consulté a conclu à hypertrophie du thyroïde et prescrit de l'iodothyroïdine. En effet la base du cou s'évase largement mais la palpation du thyroïde ne permet de percevoir qu'une glande souple de volume normal. Par contre une énorme infiltration cellulitique recouvre les régions latérales du cou, descend de la nuque par-dessus les sterno-cleido-mastoïdiens jusqu'aux régions sus-claviculaires-sus-sternales. Les « céphalées » à localisation occipitale et cervicale postérieures; le syndrome thyroïdien (pas de signes oculaires, P : 72 — T. A : 11-5), le syndrome abdominal sont de nature cellulitique. Il s'y joint un syndrome d'arthrite sèche à la colonne cervicale, aux genoux, à l'épaule droite.



## VII

### MARCHE - DUREE - TERMINAISON

D'évolution généralement progressive, gêne au début, elle peut devenir une véritable infirmité. Chez la femme on la voit apparaître au moment de la puberté ou de la ménopause, mais elle reçoit toujours une certaine impulsion au moment des règles, surtout quand celles-ci sont déjà troublées, ou à la suite d'un accouchement; la grossesse ne l'influence pas en général, mais nous avons vu pourtant avec le docteur LARQUIER le cas singulier suivant :

Mme Si..., 23 ans, étant en état de grossesse, est prise le 30 avril 1936 de douleurs dans le haut de la cuisse gauche face interne, à la pointe du triangle de Scarpa. Hospitalisée avec le diagnostic de *phlébite sans température*, nous la revoyons en juillet : l'exploration des trajets fémoraux ne révèle pas de sensibilité spéciale, pas de chaleur, pas d'œdème, mais un épaississement des téguments avec saillie des follicules pileux comme dans l'insuffisance ovarienne. Si les trajets veineux ne présentent aucune sensibilité spéciale, la sensibilité existe au contraire au niveau des articulations des genoux qui craquent et dont le

droit contient un épanchement. Sensibilité des téguments à la pression, signe typique de la cellulite, de la face externe des cuisses, des hanches et en particulier *au point où l'on avait cru voir une phlébite*. Cellulite de la paroi antérieure et postérieure de l'aisselle, cellulite de la région sus-épineuse.

Utérus gravide de huit mois, thyroïde non palpable, pas de constipation, pouls à 88.

Traitement par le sérum en juillet et disparition de la cellulite en quinze jours et enfin le 10 novembre accouchement normal, plus de trace de la cellulite.

La cellulite n'est cependant pas exclusive à la femme, nous en avons vu de beaux cas chez l'homme sans que les gonades entrent en jeu de façon évidente (7 hommes sur 68 cas observés).

Des *circonstances infectieuses* (focal infections) : rhino-pharyngites, pyorrhées alvéolo-dentaires, salpingites, cholécystites ou *infections générales* : grippe, dengue (1 cas) — des *circonstances climatériques* (humidité); *des chocs, meurtrissures, pressions* accidentelles ou vestimentaires : des malades en arrivent à ne plus pouvoir mettre certains vêtements, le corset par exemple, et redoutent même le contact du lit ou bien ne peuvent dormir qu'en décubitus ventral — et enfin la production de *chéloïdes* apparaissent comme causes possibles ou phénomènes concomitants. Nous avons vu des *piqûres d'insectes*, de moustiques par

exemple greffer sur la cellulite une énorme infiltration d'allure inflammatoire suivie d'une accentuation de la cellulite elle-même.

Aux poussées d'une maladie de foie font suite ou s'adjoignent des poussées de cellulite. Enfin elle s'accompagne fréquemment de *rhumatisme chronique*; sur 68 cas nous avons observé 41 associations cellulite-rhumatisme.

L'amélioration peut être quelquefois obtenue par les *mouvements*, par la *compression* qui peut être un élément d'amélioration; le *massage* que l'on peut considérer actuellement comme le meilleur traitement, et enfin les *influences climatériques*, d'altitude et de bord de mer.



## VIII

### TRAITEMENT

Telles sont les circonstances si diverses dans lesquelles nous avons à établir un traitement. Celui auquel nous avons été conduits comporte trois parties : un traitement physiothérapique, un traitement hépatodigestif, un traitement endocrinien.

#### 1° TRAITEMENT PHYSIOTHÉRAPIQUE :

Le repos ou les mouvements bien combinés, la décompression, la chaleur rendent service. Il faut tenir compte des régions où siège la maladie, de l'intensité de la sensibilité. Mais, bien qu'assez inégal dans ses résultats, c'est le massage qui apparaît à l'époque actuelle la thérapeutique locale prédominante, la seule vraiment efficace de la cellulite. « A cette affection, disait Guy LAROCHE en avril 1935, n'opposez presque qu'un seul traitement : la kinésithérapie manuelle. Le remède idéal, presque toujours efficace, sera ce massage si particulier, plutôt manipulation douce que massage, consistant à faire rouler doucement la peau dans les zones irritées, sans la pincer, comme d'une

cigarette. Cette kinésithérapie doit être presque caressante, toute de douceur, appuyée seulement par quelques pressions ou vibrations lorsque la peau est déjà un peu échauffée. Les séances ne seront jamais assez longues pour déterminer une réaction trop congestive et trop douloureuse. Les massages profonds ne doivent être utilisés qu'après résorption des foyers superficiels. Ne vous adressez jamais qu'à des spécialistes, car les masseurs ordinaires provoquent des crises plutôt qu'ils ne les calment. Passée la crise aiguë, vous pouvez utiliser, pour en empêcher le retour, des gymnastiques spéciales, afin de mobiliser les muscles sous-jacents avec foyers cellulitiques et par là créer un auto-massage. *La crampe thérapeutique de Jean Radou* est un procédé excellent, qui, même en crise subaiguë, peut faire disparaître les douleurs : il consiste à provoquer dans les régions douloureuses, des contractions auxquelles on s'oppose doucement ».

Tout en restant une méthode de longue haleine le massage ainsi compris conserve toute sa valeur ; mais parmi les méthodes de physiothérapie moderne les courants exponentiels de LE GÔ paraissent susceptibles d'un certain effet accélérateur en combinaison avec l'opothérapie ou l'hormonothérapie dont ils abaissent peut-être le seuil d'action sur l'organisme.

## 2° TRAITEMENT HÉPATO-DIGESTIF

On accélère à coup sûr l'effet de la thérapeutique de la cellulite par un traitement général où la cli-

matothérapie joue un rôle très net, variable suivant les sujets : les uns se trouvent mieux à la mer, les autres à la montagne. Mais l'état du tube digestif jouit d'une particulière importance, l'amélioration des fonctions hépato-biliaires (eucalyptus, combré-tum, etc.) (1), la suppression des putréfactions intestinales (charbon), la correction de la constipation devront donc entrer au premier plan de nos préoccupations, d'autant plus que constipation et sensibilité hépato-biliaire peuvent être ramenés, si l'on n'y prend garde, par la nature même de notre thérapeutique endocrinienne.

### 3° TRAITEMENT ENDOCRINIEN

Comme beaucoup de nos cas se rapportaient à des femmes et à des âges voisins de la ménopause, nous nous étions d'abord demandé avec G. PARTURIER et FAUQUE si la cellulite, de même que certaines formes de rhumatisme, ne relevait pas de dysfonction ovarienne, mais en ayant observé de beaux exemples chez des jeunes filles et chez des hommes qui, du point de vue gonadien, semblaient normaux, nous avons dû chercher ailleurs et, dans toute la mesure où nous pouvons conclure d'une expérience thérapeutique à une action hormonale, ce n'est pas l'ovaire mais la *parathyroïde* qui nous a paru jouer un rôle dans la production de la cellulite. Nous avons en

(1) G. PARTURIER. Traitement des syndromes hépato-biliaires. Vigot, 1933.

effet cité dans un précédent chapitre des cas où une poussée de cellulite et d'arthropathie a suivi l'administration de *paratyroné*.

C'est ainsi que nous avons été amenés à mettre au point l'antagoniste de la paratyroné, *le sérum éparathyroïdien* qui va constituer notre traitement endocrinien.

Nous devons dire que nous le destinions surtout au traitement des arthropathies, mais nous avons été bientôt frappés par la fonte des bourrelets cellulitiques entourant les genoux de nos malades, aux pieds l'élargissement apparent des chaussures, à la taille la nécessité de rétrécir le corset, le flottement du cou dans le faux-col manifestaient le même résultat aux différents étages du corps humain.

Pour donner un sérum efficace le sang a dû être recueilli sur l'animal éparathyroïdé au moment même des accidents de tétanie. Nous avons essayé successivement le sang du cheval, du chien, du veau et, actuellement, c'est le poulain d'un an qui est l'animal d'élection.

Pour l'emploi ce sérum est dilué dans cinq fois son volume de glycérine et se donne per os à la dose de 5 grammes par jour, le matin à jeun.

#### *Cure de quinze jours*

5 gr. pendant 5 jours.

5 jours de repos.

5 gr. pendant 5 derniers jours.

Dans la majorité des cas, l'amélioration a lieu dès les trois premiers jours, quelquefois seulement à la

fin de la cure et rarement il est besoin de faire une deuxième cure, à plus forte raison une troisième, sauf en cure de consolidation.

Une certaine réactivation des douleurs peut apparaître au cours du traitement, ainsi que migraine et constipation, mais loin d'être un signe d'intolérance, ce symptôme est au contraire la preuve de l'action efficace du sérum sur les masses douloureuses qu'il remue.

Il ne semble pas, jusqu'à présent, exister de contre-indications sérieuses à son emploi, mais il faudra tenir compte de son inefficacité possible chez les sympathico-toniques et rétablir préalablement l'équilibre neuro-végétatif par l'administration de cratægus, ou mieux de la formule suivante (1) :

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| Extrait fluide de cratægus.....    | 10 grs |
| Passiflore. . . . .                | 2 —    |
| Intrait sec de valériane . . . . . | 1 —    |
| Eau de laurier cerise . . . . .    | 30 —   |
| Eau q. s. p. . . . .               | 150 —  |

Une demi cuillerée à 1 cuillerée à café.

De même, nous aurons à instituer un traitement préparatoire phytothérapique à certains hépatobiliaires.

On associe utilement parfois au sérum l'opothérapie gonadienne ; sauf les cas où la clinique aura révélé l'insuffisance ovarienne, elle n'est pas indispensable.

(1) Phytothérapie hépatobiliaire. Vigot Frères, 1935.



## IX

### OBSERVATIONS

M. C., 36 ans, observé plus d'un an après le début de sa maladie ; polyarthrite chronique qui commence par les tibio-tarsiennes, monte aux genoux, aux épaules ; il marche avec la plus grande difficulté, ne peut s'habiller seul. L'état de ses articulations est à peu près nul, lorsqu'il est couché, il ne peut se relever qu'au moyen d'artifices et ne peut s'asseoir seul. En dehors de l'état articulaire, il existe une cellulite accentuée au niveau de l'abdomen dont la sensibilité rend très difficile l'appréciation d'une hépatalgie qui semble réelle ; au niveau du dos, des régions sus-épineuses et de la nuque. Il n'a pas de température, l'état général est satisfaisant.

Amélioration de tous ces troubles par le sérum.

Mme X., 50 ans, mère de huit enfants, hérédité spécifique possible, avec B. W. légèrement positif ; habituellement hypertendue. Gros foie, vésicule très sensible ; tous les enfants sont malades du foie. Elle

commence à prendre embompoint en 1928, en 1930 97 kgs.; encore réglée à cette époque, mais mal ; traitée à la thyroxine par son médecin. Résultats : tremblements, tachycardie, augmentation de volume du thyroïde et déjà exophtalmie, abaissement du poids à 76 kgs. En 1931, elle commence à souffrir particulièrement des articulations. En 1933, elle se plaint d'être devenue lourde, d'avoir un souffle extrêmement court, de ne plus pouvoir monter un escalier. On trouve d'une part de nombreux craquements articulaires et de la cellulite d'autre part ; la malade se plaint tellement de la région précordiale qu'elle consulte un spécialiste : le cardiogramme se révèle normal, la T. A. est de 13-9 en mai 1935.

Elle est mise au traitement qui améliore très rapidement les craquements et amène une grande souplesse articulaire. Toutes les masses cellulitiques se sont affaissées et assouplies ; il reste un léger degré d'empâtement sous-cutané et de sensibilité à la hauteur du quatrième espace intercostal gauche ; une pression assez forte arrache un cri à la malade qui dépeint sa douleur comme lui traversant le thorax et lui descendant dans le bras gauche.

Une deuxième cure fait disparaître entièrement ce syndrome de pseudo angor pectoris.

Mme M. B., hépato-thyroïdienne avec gibbosité sans lésion vertébrale visible, crises douloureuses articulaires (épaule droite, gibbosité, les deux ge-

noux, les deux chevilles) ; tuméfaction articulaire, pas d'hydarthrose.

Cure de sérum éparathyroïdien, commencée le 5 novembre. Le 11 novembre, grande amélioration des arthropathies, le 30 novembre, disparition totale des douleurs, récupération des mouvements, disparition presque totale des craquements.

Mme Gu., 48 ans, bien réglée, a eu autrefois une suspension de ses règles due à l'émotion d'un accident, soignée pour le foie depuis 1920, conserve encore un peu de subictère, un foie gros, une vésicule sensible.

Il s'agit d'une personne bien musclée, très sportive (tennis-golf) qui ne se plaint pas de ses articulations, mais elle souffre dit-elle de « rhumatisme à la peau ». Elle présente en effet de beaux placards de cellulite à la face interne des genoux, à la région sus-épineuse, à la nuque et au pourtour de l'ombilic.

Le foie ayant été ramené à l'état normal, on commence la cure de sérum : après une légère augmentation de l'état douloureux des placards cellulitiques, l'amélioration s'amorce et aboutit à l'assouplissement et à l'indolence parfaite des régions cellulitiques à la fin de la seconde cure de sérum.

M. Pa., 59 ans, hépatique ayant eu un ictère en 1930 et une colique néphrétique en 1934 ; le foie n'est pas douloureux mais dépasse les fausses-côtes de deux

travers de doigts. Au point de vue cardiaque : galop et clangor du deuxième bruit. Goutte et gravelle depuis douze ans : gros craquements de la région cervicale, épaissement de l'articulation métatarso-phalangienne sans déviation importante.

Première cure de sérum le 27 juin 1935 qui réduit le taux d'acide urique de 0,117 à 0,94 en fin juillet.

En fin d'octobre et après une nouvelle cure disparition quasi complète depuis trois mois des crises de goutte qui rendaient le travail pratiquement impossible, acide urique 0,74.

Mme La., 36 ans, mariée à l'âge de 19 ans, a eu quatre grossesses : deux enfants et deux fausses-couches. Depuis cinq ans, absence de règles pendant les mois d'été, constipation opiniâtre, cellulite de la face interne des bras, des genoux et sensibilité de la paroi abdominale, on note une certaine fragilité des doigts et des ongles.

Traitement au sérum en juin 1936, dès les premiers cinq jours état euphorique de la malade qui se trouve transformée au bout de quinze jours de traitement. Nous la revoyons au début de novembre en plein état euphorique, ne se sentant plus fatiguée ; les règles sont encore irrégulières mais ne s'accompagnent pas des troubles anciens. Quant à la cellulite, elle a complètement disparu.

Mme Mo., 46 ans, a deux enfants bien portants ; encore bien réglée toutes les trois semaines ; prédis-

position de la peau au xanthélasma, subictère ; ptose abdominale avec rein palpable et point vésiculaire net ; point cervical supérieur droit et craquement des genoux ; grande nervosité avec fréquentes sensations de syncope. Cellulite légère de la région sus-épineuse, la nuque et face postérieure des bras, plus accentuée à la cuisse avec peau d'orange à la face antérieure.

En novembre, après une seule cure, disparition totale de la cellulite.

Mlle Yvette Ba., 16 ans, bien réglée depuis l'âge de 14 ans, mais depuis 1 mois, elle a noté un certain retard. Appendicite opérée en 1935 ; la maladie actuelle remonte à un mois et consiste en une sensation de fatigue au moindre effort et même en dehors de toute action, d'une douleur à la peau qui détermine des crises aiguës allant jusqu'à la sub-syncope.

A l'examen, on note une certaine pâleur des téguments et l'existence d'un sillon palpébral ; le cœur est normal, cependant tachycardie à 108, mais sans corps thyroïde appréciable ; au point de vue articulaire : quelques craquements aux genoux.

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| sang : cholestérol. . . | 1,82  |
| calcium. . . .          | 0,102 |
| phosphore. . . .        | 0,87  |

Mais surtout cellulite généralisée et particulièrement au niveau de la fosse sus-épineuse et à la face postérieure des bras. Au bout d'un mois de traitement au sérum, éparathyroïdien, disparition complète de la cellulite.

M. L..., 59 ans, phlébite à la suite d'une thyphoïde ; présente depuis un certain temps déjà un syndrome d'angine de poitrine attribuée à une cellulite de la région pré-cordiale et traitée jusqu'alors par des massages. Nodules encore sensibles au niveau de la région pré-cordiale ; homme d'aspect robuste, bien musclé, mais chez qui l'on note encore actuellement une infiltration cellulitique du cou et de la fosse sous-épineuse, des jambes en « caleçon de plomb » ; aux cuisses, on note également une légère infiltration ainsi qu'à l'abdomen qui est d'autre part très adipeux et présente le signe de la peau d'orange.

En outre, le foie déborde de deux travers de doigt, légère sensibilité vésiculaire et enfin quelques craquements à l'épaule droite et au cou.

|                 |       |
|-----------------|-------|
| calcémie. . . . | 117   |
| phosphore. . .  | 115   |
| acide urique. . | 0 076 |
| urée . . . . .  | 0 48  |

En juillet, après une cure de sérum, grande amélioration surtout en assouplissement des articulations. Le foie n'est plus ni débordant, ni sensible et la cellulite est considérablement atténuée, surtout au niveau de l'abdomen ; cependant en septembre reprise de la cellulite, mais seulement au pied droit, les bosses de cellulite ont complètement disparu et les craquements articulaires à peine perçus ; il est fait en octobre une seconde cure et en novembre nous revoyons le malade qui se dit être cette fois très nettement soulagé.

Mme Bo., 44 ans, réglée à 11 ans, mal réglée depuis l'âge de 24 ans et de santé plutôt précaire surtout au point de vue pulmonaire (pleurésie à 18 ans, puis congestion pulmonaire), présente une sub-inatité des sommets et un point cervical supérieur un peu sensible. Foie et cœur normaux, mais raideur et craquements des articulations, spécialement à l'épaule droite, des orteils et des doigts qui sont continuellement douloureux, et surtout une cellulite diffuse prédominante dans la région cervico-dorsale, sous-épineuse et région postérieure des bras, à la face interne des genoux et le pourtour de l'ombilic.

A noter en outre une cyanose des extrémités et une sudation facile.

Mise au traitement sérologique en juin 1936, nous la revoyons le 3 juillet; elle se sent plus forte, mange davantage et a l'impression d'engraisser; nous notons un réel assouplissement des articulations et des régions cellulitiques; cependant, la malade ne veut plus continuer le traitement à cause de l'écœurement qu'elle dit avoir à l'absorption du sérum et continue par des massages.

Mme Lo., 22 ans, accouchement normal, fille de 3 ans; a toujours de la fièvre (38°) le soir et le matin; un léger subictère des téguments et des douleurs articulaires avec gros craquements surtout à l'épaule gauche et aux genoux.

Trace généralisée de cellulite mais surtout nodules

mammaires, douloureux à la palpation, qui disparaissent après 15 jours de traitement au sérum.

Mme Ba., 46 ans, règles régulières et abondantes ; trois enfants ; est depuis quelque temps continuellement nauséuse et a un appétit très irrégulier ; le foie n'est cependant ni palpable ni sensible ; de plus, elle se plaint de sensibilité anormale à la peau. L'examen nous révèle une cellulite de la région cervico-dorsale, des cuisses et des jambes qui sont variqueuses.

La thyroïde est palpable et un peu sensible ; pulsations nomales. Traitement préparatoire à la parathyronie en juin 1936 ; réactivation des douleurs en juillet et début du traitement au sérum ; le 17 juillet la cellulite a pratiquement disparu ; la malade va passer deux mois à la mer où elle peut se livrer à différents sports sans aucune douleur, ce qui lui était complètement impossible auparavant ; mais à son retour à Paris, sa cellulite réapparaît ; de nouveau sérum et quand nous la revoyons, en novembre, la cellulite est entièrement disparue.

Mme Ra., 52 ans, se présente à nous en juin 1936 avec des symptômes d'arthrite généralisée et des douleurs cellulitiques surtout abdominales ; de plus, elle a depuis longtemps une gingivite suppurée jusqu'alors améliorée par aucun traitement.

Sérum aussitôt et, dès le cinquième jour, les douleurs abdominales disparaissent ; au dixième jour, c'est la gingivite qui rétrocede, de même les douleurs

articulaires, mais un peu plus tard. En juillet et après une seconde cure de sérum, grosse amélioration de la cellulite ; les craquements articulaires ont disparu et la malade se dit beaucoup moins fatiguée.

Mlle Pi., 65 ans. Hépto-biliaire souffrant de crises douloureuses articulaires et à type de névralgie intercostale ; cellulite de la face interne des genoux et des jambes avec douleur vague superficielle.

Cure de sérum éparathyroïdien qu'elle s'en va faire en Australie ; le 10 juin 1936, elle nous écrit qu'elle se trouve transformée un mois après le début du traitement et qu'elle peut sans peine supporter le surcroît de fatigue que lui donnent ses nombreux petits enfants.

Mme Flo, 59 ans, ménopause à 50 ans ; arthritique depuis de nombreuses années. Bon aspect général, mais pieds plats et déviation légère des orteils. Douleurs polyarticulaires, mais surtout cellulite importante de la nuque, de la région sus-épineuse, de la face postérieure des bras et de la face interne des genoux.

Subictère léger ; pupilles mal centrées, mais réagissant bien à la lumière ; pas de coloration des paupières ; léger développement pileux de la région sous-mentonnaire ; point phrénique supérieur droit douloureux.

Paratyrone par voie buccale fin juillet qui a déclenché une crise de cellulite, puis cure de sérum et la

cellulite est nettement améliorée à la fin du mois d'octobre.

Mme Ah., 53 ans, castrée depuis l'âge de 24 ans, présente actuellement une cellulite de la face interne des genoux ainsi que des craquements de l'épaule droite et du poignet gauche ; les deux lobes thyroïdiens sont légèrement saillants mais le reste de la glande n'est pas palpable ; gros météorisme abdominal et démangeaisons.

Cure de sérum en septembre avec amélioration persistante mais sensation de reprise dès qu'on lâche le régime.

Mme Ba., 35 ans, vue le 23 mai 1936. Antérieurement bien portante, mais éthyliste ancien ; présente des varicosités de la face et l'isthme thyroïdien plus ferme que normalement ; le cœur est normal et la tension de 13-8.

Depuis quelque temps, apparition de douleurs rhumatismales avec raideur et craquements des articulations de l'épaule gauche, des poignets avec déformation des doigts et des genoux ; les jambes sont légèrement variqueuses avec cicatrices.

Après une cure de sérum en juin, le genou gauche qui était particulièrement atteint est complètement guéri ; de même, les autres douleurs disparaissent, mais incomplètement, si bien qu'en juillet une nouvelle cure est faite et, au bout de quinze jours, on

peut noter une nouvelle amélioration, cette fois plus importante puisqu'il ne persiste que quelques craquements que la malade ne perçoit plus ; celle-ci peut d'ailleurs reprendre son travail sans fatigue ; en fin octobre, guérison totale avec euphorie.



## CONCLUSIONS

De nos observations et des travaux de la consultation du rhumatisme nous pouvons conclure :

1° La cellulite est une entité nosologique susceptible d'être bien définie. Ses caractères la distinguent des autres œdèmes et adipo-lipomatoses.

2° Par sa topographie, par les douleurs qu'elle peut provoquer nous l'avons vue, avec MM. PARTURIER et LARQUIER, toucher les problèmes les plus délicats :

- pseudo-angor,
- pseudo-goître,
- pseudo-phlébite,
- pseudo-cancer du sein,
- pseudo-cancer de l'estomac.

3° Syndrome scléro-lipomateux, comme le définit anatomiquement G. PARTURIER, elle est faite de prolifération graisseuse dont les lobules sont insérés dans une prolifération scléreuse qui se développe aux dépens du tissu élastique et conjonctif, les bandes scléreuses rayonnant à la périphérie de la masse cellulaire, estompant ses contours et allant se fixer aux plans profonds de la peau (peau d'orange).

- 4° Cette lipomatose peut avoir pour origine :  
— une cause locale,  
— un état infectieux,  
— des dysfonctions endocriniennes, parmi lesquelles :  
— le foie,  
— le thyroïde,  
— les gonades,  
— surtout les parathyroïdes.

5° Avec le foie la cellulite a en commun ses relations avec l'arthritisme (G. PARTURIER, LARQUIER, RICOUX), en tout cas les troubles hépato-digestifs la favorisent.

- 6° Avec les parathyroïdes, G. PARTURIER montre :  
a) la production de cellulite par éparathyroïdisme,  
b) sa correction par le sérum éparathyroïdien.

7° Avec le sérum éparathyroïdien le traitement comprendra :

- le traitement local : massage,  
— le traitement hépato-digestif,  
— et, en certains cas, une opothérapie adjuvante gonadienne, etc.

*Vu :*  
LE DOYEN,  
ROUSSY.

*Vu :*  
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE  
BEZANÇON.

*Vu et permis d'imprimer :*  
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
S. CHARLÉTY.

## BIBLIOGRAPHIE

ALQUIER. — Traité de Pathologie (SERGENT). *Neurologie* tome II, la Cellulite.

ALQUIER. — Quelle place la cellulite doit occuper en nosologie ? *Monde Médical* du 1<sup>er</sup> novembre 1926.

— Cellulite et troubles circulatoires. (Journal de LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, 25 décembre 1926.

— *Monde médical*, 15 avril 1923.

BRANDLIGHT. — Les cellulalgies aiguës. *Acta Pneumologica*, 6 septembre 1920.

COURTOI-SUFFIT. — Œdèmes aigus de la peau, *Gazette des Hôpitaux*, 1890.

CHENOUEARD. — *Thèse*, Paris, 1899.

COLMAIRE. — *Thèse* Paris 1899. La panniculite en gynécologie.

CAYET. — Myosite aiguë. *Thèse* Paris, 1898.

DALSACE Jean. — Castration ovarienne et troubles du métabolisme minéral.

DAUSSET et DURANT. — Goutte et cellulite, *Bulletin de la Société de Médecine de Paris*, 1913, n° 3, p. 131.

DESCHAMPS et BROUSSE. — Points douloureux abdominaux. *Paris Médical*, 1913.

- DESGEORGES. — Cellulite et colibacilloses. *Société de Médecine de Paris*, 1932.
- DISBURY. — La migraine. *Concours Médical*, septembre-octobre 1924.
- DUREY. — Manuel pratique de kinésithérapie, Alcan, éditeur.
- Les traumatismes et leurs suites.
  - Procédés manuels d'exploration des couches sous-cutanées. *Paris Médical*, 17 décembre 1927.
  - Cellulite goutteuse. *Société de Médecine de Paris*, 1921.
- FAURE et TOURNADE. — Sur une variété d'adipose douloureuse. *Lyon Médical*, 11 mai 1913.
- FÉNARD. — L'adipose douloureuse segmentaire rhégamélique. *Thèse*, Paris 1911.
- FORESTIER J. — La douleur du tissu cellulaire sous-cutané. Adiposalgie, Panniculalgie. *Thèse*, Paris 1930.
- La douleur d'enveloppe, adiposalgie, cellulalgie. *Le médecin chez lui*, 1931.
  - Cellulite vertébrale et rhumatisme cervical. *Société de Médecine de Paris*, 27 janvier 1923.
- FULCANIS. — Lipomatose symétrique. *Thèse* Lyon 1904.
- HANRIOT. — La cellulite, manifestation d'arthritisme. *Thèse* Paris 1913.
- HARTENBERG. — Les céphalées musculaires ou cellulitiques. *Société médicale de l'Élysée*, 2 février 1904.
- La migraine des arthritiques. *Presse médicale*, 1906.

- Rapport sur la cellulite. *Société de Médecine de Paris*, 1922.
- HIRSCH Mad. — Douleurs cellulitiques et ménopause. *Thèse Paris*, 1928.
- A propos de la cellulite. *Bulletin général de Thérapeutique*, 1935.
- LABBÉ et BOULIN. — Maladie de Dercum. *La Médecine*, juillet 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — La sympathose cervicale cellulitique. *Médecine internationale*, n° 10, octobre 1931.
- LAGEZE. — Sciatique et infiltration cellulitique. *Thèse Lyon*, 1929.
- LAROCHE, Guy. — Discussion à propos de la cellulite. *Société de Médecine de Paris*, 13 mars 1931.
- LAROCHE et Mlle MEURS. — Traitement de la cellulite. *Paris Médical*, 5 décembre 1931.
- La cellulite (Bibliothèque de la *Revue de Médecine*).
- LÉVI Léopold. — Discussion à propos de la cellulite. *Société de Médecine de Paris*, 13 mars 1931.
- Le tempérament et ses troubles : cellulite. Paris, J. Olivier.
- A propos de la cellulite (*Esprit Médical*, 5 et 20 février, 5 et 20 mars, 5 avril 1923).
- LUTIKOFF. — Cellulite abdomino-pelvienne. *Thèse*. Paris, 1911.
- PARTURIER. — Traitement des syndromes hépato-biliaires. Vigot 1931.
- Phytothérapie hépato-biliaire. Vigot 1931.

- Syndromes hépato-endocriniens. Vigot, 1935.
- Foie et parathyroïdes. Vigot, 1936.
- Note sur le traitement de certains rhumatismes chroniques. Doin 1936.
- Cellulite et parathyroïdie chez une hépatobiliaire. *Journal des Sciences médicales de Lille*, décembre 1935.
- PARTURIER, LARQUIER et RICOUX. — Note sur la nature et le traitement de la cellulite. *Société de Thérapeutique*, décembre 1936.
- PAVIOT. — Les cellulites; leurs rapports avec les bacilles hépato-digestifs, leurs terrains. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1926.
- PAVIOT et LAGEZE. — Considérations cliniques générales sur les cellulites nodulaires et infiltrées. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 janvier 1929.
- SÉDILLOT. — Discussion à la Société de Médecine de Paris, 13 mars 1931.
- Qu'est-ce que la cellulite ? *Siècle médical*, 1931, n° 92.
- STAPPER. — Cellulite et myo-cellulite localisée, douloureuse. *Annales de Gynécologie*, 1893.
- WEILL (Mlle Marguerite). — Points douloureux abdominaux. *Thèse*, Paris 1911.
- WETTERWALD. — Les névralgies. Vigot 1910.
- Les cellulites. *Journal médical français*, 15 sept. 1913.
- YARDGER. — Chronic rheumatic, Myositis. *The Lancet*, 31 juillet 1909, p. 252-293.

## TABLE DES MATIERES

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| Introduction .....                       | 13 |
| I. — Historique de la cellulite.....     | 15 |
| II. — Définition .....                   | 19 |
| III. — Etiologie .....                   | 27 |
| IV. — Pathogénie .....                   | 35 |
| V. — Anatomie pathologique.....          | 37 |
| VI. — Diagnostic .....                   | 41 |
| VII. — Marche - Durée - Terminaison..... | 47 |
| VIII. — Traitement .....                 | 51 |
| IX. — Observations .....                 | 57 |
| Conclusions .....                        | 69 |
| Bibliographie .....                      | 71 |



---

IMPRIMERIE SPÉCIALE  
DE  
MM. VIGOT Frères

---









